

سنجش نگرش اقتصادی مدیران (اعضای شبکه تصمیم‌گیری) بیمارستان‌های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، بهمن ماه ۱۳۸۵

معصومه نجفی قره‌بلاغ^{۱*}، شهرام توفیقی^۲

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۲

چکیده:

زمینه و هدف: عملکرد اقتصادی هر سازمانی به شدت متأثر از آگاهی و نگرش اقتصادی هیئت تصمیم‌گیری آن است. به لحاظ جایگاه فلسفی و اقتصادی بیمارستانها در بهداشت و درمان کشور، پژوهش حاضر به منظور سنجش نگرش اقتصادی مدیران (اعضای شبکه تصمیم‌گیری) بیمارستانهای آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-مقطعی بوده، جامعه آماری آن را رئیس، مدیر، مدیر پرستاری، رئیس امور مالی و اداری بیمارستان تشکیل می‌دهند. حجم نمونه ۵۵ نفر، به روش نمونه‌گیری ساده از جامعه محدود انتخاب، اطلاعات مورد نظر در محورهای شیوه‌های پرداخت، هزینه و تکنیک‌های تحلیل هزینه، شیوه‌های تأمین مالی، بیمه و بودجه با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار SPSS پردازش گردید.

نتایج: طیف‌های نگرش پاسخگویان در محورهای اقتصادی به صورت زیر تعیین گردید: شیوه‌های پرداخت: گروههای مرتبط با تشخیص، کارانه، قرارداد، حقوق ثابت و موردی. شیوه‌های تأمین مالی: گروههای مرتبط با تشخیص، بودجه بر مبنای جمعیت، کارانه، سرانه، بودجه ثابت. تکنیکهای تحلیل هزینه: هزینه-اثربخشی، هزینه-مطلوبیت، هزینه-کارایی و هزینه-منفعت. شیوه‌های بودجه‌ریزی: بودجه عملیاتی، بودجه برنامه‌ای، بودجه بر مبنای جمعیت، بودجه بر مبنای صفر، بودجه تاریخیچه‌ای.

کارکردهای بیمه: حذف رابطه پولی پزشک و بیمار، بررسی انتظارات بیمه‌شدگان، نظارت بر کیفیت خدمات و اعتبار بخشی مراکز، تعیین تعرفه و سرانه، تعیین گایدلاینهای پزشکی. عوامل تعیین‌کننده حق سرانه بیمه: قیمت تمام‌شده خدمات، کیفیت خدمات، تورم، شاخص قیمت کالای سلامت، تقاضای خدمات، الگوی مصرف، پرداخت مستقیم بیمار، توان پرداخت مردم. نگرش پاسخگویان با متغیرهای میزان آگاهی، رشته تحصیلی، سن و سابقه کار مرتبط بوده است. **نتیجه‌گیری:** بررسی نگرش اقتصادی مدیران، حاکی از چشم‌اندازهای نوین در عرصه‌های کلیدی عملکرد بیمارستان می‌باشد، بنا براین توسعه دانش مرتبط با مدیریت بیمارستانی از یک طرف، و بستر سازی اجرایی نمودن الگوهای جدید برگرفته از نگرش‌های مدیران از طرف دیگر ضروری است. **کلمات کلیدی:** نگرش؛ اقتصاد بیمارستان؛ شبکه مدیریت.

۱ - کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات. (* نویسنده اول) rayra232003@yahoo.com

۲ - دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... .

مقدمه :

افزایش هزینه های درمانی در تمام نقاط دنیا، اکثر دولت ها و سازمان های ذیربط را وادار نموده است تا در مورد این امر به تفکر بپردازند، و این خدمات را از جنبه های اقتصادی مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند. همچنین، اگر به خدمات بهداشتی به عنوان یک کالا نگریسته شود، حیاتی بودن و عدم امکان جانشینی این خدمات از عوامل بسیار مهم هستند که افتراق آن را با سایر خدمات مطرح می کند (۱).

برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان ها در کشورهای جهان سوم در حدود نیمی از هزینه های ملی بخش بهداشت را به خود اختصاص می دهند. سهم بیمارستان ها از هزینه های جاری دولت در بخش بهداشت و درمان بین ۵۰-۸۰ درصد است (۲).

در شرایطی که افزایش هزینه های مراقبت سلامت، امری همه گیر است، تعجیبی ندارد که "بیمارستان ها به عنوان عمده ترین مصرف کننده در نظام خدمات سلامت، در کانون توجه عموم قرار گرفته اند (۳).

علیرغم محدودیت منابع مالی و سرمایه، این گونه منابع به بیمارستان هایی اختصاص می یابد که بازده آنها در مجموع بیشتر از ۵۰-۴۰ درصد نیست. به عبارت دیگر در کشورهای نیازمند و محروم، بودجه ای که صرف خدمات بیمارستانی می گردد، هرگز با تولید واقعی آنها متعادل و مناسب نیست (۴). بکارگیری مطلوب منابع مادی و انسانی برای تولید وعرضه موثر خدمات بهداشتی درمانی مستلزم آگاهی از قانونمندی های اقتصادی است (۵).

از سوی دیگر، منشا اصلی پیشرفت اقتصادی در کشورهای توسعه یافته، نه رشد سرمایه مادی، بلکه سرمایه انسانی بوده است. فردریک هاربینسون معتقد است کشوری که نتواند مهارتها و دانش مردمش را توسعه دهد و از آن در اقتصاد ملی به نحو موثری بهره برداری کند، قادر نیست هیچ چیز دیگری را توسعه بخشد (۶).

رنسپس لایکرت سه نوع مهارت فنی، انسانی و ادراکی را برای رهبران ضروری می داند. مهارت های فنی به دانش و توانایی های فنی و حرفه ای شخص اطلاق می گردد و عملکرد شغلی افراد را در سطوح اجرایی تعیین می کند. مهارت های انسانی عبارتند از توانایی کار با انسان ها به نحو موثر که در همه سطوح اهمیت یکسانی دارند. مهارت های ادراکی عبارتند از توانایی تفکر در قالب مدل ها، چارچوب ها و روابط گسترده (مانند برنامه های بلند مدت) که در سطوح بالای سازمان اهمیت زیادی دارند (۷).

نگرش متشکل از سه جزء شناخت، عاطفه و رفتار است. طبق مفروضات نظریه ناهمسانی، رفتار یک فرد می تواند قابل

پیش بینی باشد مشروط بر اینکه ما از نگرش فرد نسبت به موضوع آگاهی داشته باشیم. هرچند این امر بسیار پیچیده است (۸).

با توجه به مطالب پیش گفت و این که بیمارستان ماهیتا یک بنگاه اقتصادی در آمد- هزینه، هرچند غیر انتفاعی، محسوب می شود، ضرورت اداره بیمارستان را به صورت اقتصادی ایجاب می کند. پس نگرش اعضای شبکه تصمیم گیری بیمارستان به مفاهیم اقتصادی و اقتصاد بیمارستان برای مدیریت کارا و بهره ور در بیمارستان بسیار حائز اهمیت است.

این پژوهش به دنبال آن بوده است که این پیش نیاز اساسی مدیریت بهینه بیمارستان را در بین اعضای شبکه تصمیم گیری بیمارستان های منتخب آموزشی، خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران بررسی نماید.

مواد و روش ها

این پژوهش، از نوع توصیفی بوده، به روش مقطعی انجام گرفته است. اعضای شبکه تصمیم گیری در بیمارستانهای آموزشی تابعه دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و شهیدبهبشتی، بیمارستانهای خصوصی تحت نظر دانشگاه های مذکور، بیمارستان های تابعه سازمان تامین اجتماعی، واقع شده در شهر تهران، جامعه آماری این بررسی را تشکیل می دهند. این اعضا شامل رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، و مدیران پرستاری، امور اداری و خدمات، و امور مالی می باشند.

نمونه گیری در این پژوهش به روش نمونه گیری ساده از جامعه محدود صورت گرفته است. حداکثر واریانس نمونه ۰/۲۵؛ ضریب اطمینان ۱/۶۹؛ ضریب خطا برابر ۰/۲؛ و جامعه یا تعداد بیمارستان های موجود در سه بخش خصوصی، آموزشی و تامین اجتماعی شهر تهران که برای هر یک جداگانه محاسبه گردیده است.

تعداد نمونه های انتخاب شده شامل: ۴ بیمارستان از مجموعه بیمارستان های آموزشی، ۳ بیمارستان از بیمارستان های تامین اجتماعی و ۴ بیمارستان از بیمارستان های خصوصی در شهر تهران بوده است.

ابزار گردآوری، پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، و اطلاعات نگرش سنجی مفاهیم اقتصادی بیمارستان، در محورهای مربوط به شیوه های پرداخت و تأمین مالی، هزینه و تکنیک های تحلیل هزینه، بودجه و بیمه می باشد. در هر محوری ۱-۲ سؤال نگرشی تدوین شده، روائی پرسشنامه تهیه شده در سه مرحله با نظر صاحب نظران و اساتید موضوع بررسی گردید و نهایتا پرسشنامه اصلی تدوین شد.

مطابق جدول شماره (۴)، طیف نگرشی موجود در بین جامعه آماری نسبت به تاثیر انواع شیوه های بودجه ریزی در ارتقاء عملکرد بیمارستان، شامل:

بودجه عملیاتی (۸)، بودجه برنامه ای (۷/۱)، بودجه بر مبنای جمعیت (۵/۳)، بودجه بر مبنای صفر (۵/۱)، بودجه افزایشی/تاریخچه ای (۷/۲).

مطابق جدول شماره (۵)، طیف نگرشی جامعه آماری نسبت به کارکردهای بیمه به صورت زیر تعیین گردید:

حذف رابطه پولی بین پزشک و بیمار (۷)، بررسی انتظارات بیمه شدگان از خدمات سلامت (۶/۱)، نظارت بر کیفیت خدمات و اعتبار بخشی مراکز ارائه کننده خدمات (۶)، تعیین تعرفه و سرانه (۵/۸)، تعیین گایدلاین های پزشکی (۵/۴).

مطابق جدول شماره (۶)، طیف نگرشی جامعه آماری نسبت به عوامل اثر گذار در تعیین حق سرانه بیمه، به صورت زیر تعیین گردید:

قیمت تمام شده خدمات (۷/۴)، کیفیت خدمات (۶/۹)، تورم (۶/۸)، شاخص قیمت کالای سلامت (۶/۷)، تقاضای خدمات سلامت (۶/۳)، الگوی مصرف خدمات (۶)، میزان پرداخت مستقیم بیمار (۵/۹)، توان پرداخت مردم (۵/۶).

همچنین، سنجش ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با نوع نگرش پاسخگویان در محورهای مورد بحث (بودجه، شیوه های پرداخت، مفاهیم هزینه و تکنیک های تحلیل هزینه، مفاهیم بیمه) انجام گرفته است که به چند مورد عمده در بحث و نتیجه گیری پرداخته می شود.

امتیازات نگرش سنجی در طیفی دارای امتیاز ۱۰-۱ به روش لیکرت اندازه گیری و از طریق آزمون های آماری آنالیز واریانس^۱ آنوا جهت مقایسه میانگین بین گروه ها (در مورد گروه مربوط به جنس آزمون سمپل تی تست^۲) بررسی و تحلیل شده و درجه همبستگی بین متغیرها توسط نرم افزار SPSS تعیین گردید.

یافته‌ها

مطابق جدول شماره (۱)، طیف نگرشی موجود در بین مدیران (اعضای شبکه تصمیم گیری) بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی نسبت به تاثیر انواع شیوه های پرداخت در افزایش کارایی بیمارستان به ترتیب زیر میباشد:

گروه های مرتبط با تشخیص^۳ (۷)، موردی^۴ (۶/۹)، کارانه^۵ (۶)، قرارداد (۵/۵)، حقوق ثابت (۳/۵).

مطابق جدول شماره (۲)، طیف نگرشی موجود در بین جامعه آماری نسبت به شیوه های بهینه تامین مالی بیمارستان شامل:

گروه های مرتبط با تشخیص (۶/۸)، بودجه بر مبنای جمعیت (۵/۹)، کارانه (۵/۸)، سرانه (۵/۴)، بودجه ثابت (۵).

مطابق جدول شماره (۳)، طیف نگرشی موجود در بین جامعه آماری نسبت به تکنیک های تحلیل هزینه، شامل: هزینه-اثر بخشی (۸)، هزینه-مطلوبیت (۷/۳)، هزینه-کارایی (۶/۳)، هزینه-منفعت (۵/۳).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به تاثیر انواع شیوه های پرداخت در افزایش کارایی بیمارستان در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

موضوع		کارانه	موردی	گروه‌های مرتبط تشخیصی	حقوق ثابت	قرارداد
امتیاز نگرش						
مجموع	تعداد	۳۸	۳۵	۳۲	۳۷	۳۵
	میانگین	۶	۶.۹	۷	۳.۵	۵.۵
	St.d	۳.۳	۲.۵	۲	۲.۹	۲.۵

1- ANOVA Analyses Of Variance

2- Independent Samples T test

3- DRG

4- Per case

5- Fee for service

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به شیوه های تامین مالی بیمارستان، کلی در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

موضوع	امتیاز نگرش	کارانه	گروه های مرتبط تشخیصی	سرانه جمعیتی	بودجه بر مبنای جمعیت	بودجه ثابت
تعداد	۳۶	۳۶	۳۴	۳۳	۳۳	۳۶
میانگین	۵.۸	۵.۸	۶.۸	۵.۴	۵.۹	۵
St.d	۲.۷	۲.۷	۲.۳	۲	۲.۴	۳.۳

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به تکنیک های تحلیل هزینه ، در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

موضوع	امتیاز نگرش	هزینه اثربخشی	هزینه مطلوبیت	هزینه منفعت	هزینه کارایی
تعداد	۳۶	۳۶	۳۵	۳۴	۳۵
میانگین	۸	۸	۷.۳	۵.۳	۶.۳
St.d	۲.۷	۲.۷	۲.۳	۲.۷	۲.۳

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به تاثیر انواع شیوه های بودجه ریزی در ارتقاء عملکرد بیمارستان ، در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

موضوع	نگرش	بودجه افزایشی	بودجه بر مبنای صفر	بودجه برنامه ای	بودجه عملیاتی	بودجه بر مبنای جمعیت
تعداد	۳۲	۳۲	۳۵	۳۶	۳۶	۳۶
میانگین	۴.۱	۴.۱	۵.۱	۷.۱	۸	۵.۳
St.d	۲.۷	۲.۷	۲.۴	۲.۵	۲.۵	۲.۳

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به انواع کارکرد های بیمه، در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

موضوع	نگرش	نظارت بر کیفیت خدمات	بررسی انتظارات بیمه شدگان	حذف رابطه پولی پزشکی و بیمار	اعتبار بخشی مراکز	تعیین تعرفه و سرانه	تعیین گایدلاین های پزشکی
تعداد	۳۶	۳۶	۳۶	۳۵	۳۶	۳۵	۳۳
میانگین	۶	۶.۱	۷	۶	۵.۸	۵.۴	۵.۴
St.d	۲.۸	۲.۹	۳	۲.۶	۳.۲	۲.۵	۲.۵

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مطلق و میانگین امتیاز (از مجموع امتیاز ۱۰) در خصوص نگرش مجموع پاسخگویان نسبت به عوامل اثر گذار در تعیین حق سرانه بیمه، در بیمارستان های آموزشی، تامین اجتماعی و خصوصی تهران، ۱۳۸۵

نگرش	عامل	تورم	شاخص قیمت	پرداخت مستقیم	توان پرداخت	قیمت تمام شده	تقاضای خدمات	الگوی مصرف	کیفیت
نگرش	تعداد	۳۵	۳۲	۳۶	۳۶	۳۵	۳۷	۲۹	۳۷
	میانگین	۶.۸	۶.۷	۵.۹	۵.۶	۷.۴	۶.۳	۶	۶.۹
	St.d	۲.۹	۲.۸	۲.۸	۳.۱	۲.۵	۲.۹	۲.۶	۳.۱

بحث و نتیجه گیری

در حالیکه مطابق نگرش کلی پاسخگویان نسبت به انواع شیوه های پرداخت، گروههای مرتبط با تشخیص دارای بیشترین امتیاز و حقوق ثابت دارای کمترین امتیاز می باشد، در بررسی نگرش پاسخگویان بر حسب نوع بیمارستان مشاهده می شود که در بیمارستان های خصوصی شیوه پرداخت قرارداد بر مبنای حجم خدمات، در بیمارستان های تابعه سازمان تامین اجتماعی DRG و در بیمارستان های آموزشی کارانه دارای بیشترین امتیاز می باشد. ضمن اینکه در هیچ یک از انواع بیمارستان ها امتیاز قابل توجهی به پرداخت حقوق ثابت اختصاص نیافته است.

به طور کلی، انتخاب گروههای مرتبط با تشخیص به عنوان اولین اولویت و گریز از شیوه پرداختی حقوق ثابت به عنوان گزینه دارای کمترین امتیاز، نشانگر تغییر دیدگاه شبکه مدیریت بیمارستان می باشد.

پرداخت حقوق، پاداشی برای درمان بیش از حد ایجاد نمی کند، بلکه برعکس، پاداش هایی برای درمان کمتر از حد یا جابجایی هزینه ها به وجود می آورد. پزشک بیمارستانی حقوق بگیر (با تعداد ثابت تخت ها) ممکن است تصمیم بگیرد که میانگین مدت اقامت بستری را افزایش دهد (بار کاری خود را کمتر کند) به عوض آنکه سریع تر بیماران را ترخیص و جایگزین نماید(که بدون افزایش درآمد، حجم کاری اش را افزایش خواهد داد)(۹).

در یک مطالعه مولفان به شواهدی تجربی و غیر قطعی دست یافتند که نشان می داد پرداخت مبتنی بر حقوق در مقایسه با نظام های پرداخت کارانه و سرانه با بهره وی کمتری همراه است. شواهد شفاهی دیگر حکایت از آن دارند که پرداخت به روش حقوق پزشکان را برای پاسخگو بودن ترغیب نمی کند. نداشتن انگیزه های مالی از اشتیاق آنها برای برطرف ساختن نگرانی های بیماران و پزشکان همکار می کاهد. از آنجا که یک نظام حقوق مستقیم، انگیزه های بهره وری بسیار کمی به همراه

دارد بسیاری از سازمان های مراقبت سلامت که این نظام پرداخت را به کار می برند برای تکمیل آن از انواع مختلف پاداش استفاده می کنند (۱۰).

در خصوص شیوه های تأمین مالی بیمارستان، در حالیکه به طور کلی DRG و بودجه بر مبنای جمعیت دارای بیشترین امتیازها و بودجه ثابت دارای کمترین امتیاز می باشد، در بررسی بیشتر پاسخگویان مشخص شد، گروههای مرتبط تشخیصی دارای اولویت اول در گروه رشته های پزشکی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و مدیریت می باشد. بودجه ثابت، در تمامی گروهها به جز گروه رشته های غیر پزشکی در بخش انتهایی طیف و با کمترین امتیاز قرارداد.

همچنین انتخاب بودجه بر مبنای جمعیت پس از DRG نیز حائز اهمیت است، و می تواند نقطه قوتی در سوق دادن بودجه افزایشی/تاریخچه ای حال حاضر بیمارستان های عمومی به بودجه جمعیتی و توجه بیشتر به سیستم ارجاع، پزشک خانواده و سلامت جامعه نگر باشد.

بودجه می تواند به معیار های عملکرد مرتبط شود و پرداخت آن از وسعت ظرفیت واحد(مثلا بیمارستان)تفکیک گردد. عادلانه ترین راه انجام چنین کاری ارتباط دادن آن با میزان جمعیت تحت پوشش است. این سبب می شود که بودجه مبتنی بر حقوق به " قرارداد بسته " تبدیل شود(۱۱).

در رابطه با نگرش پاسخگویان نسبت به انواع شیوه های بودجه ریزی، ارتباط بین متغیر میزان تحصیلات و نگرش در مورد بودجه ریزی افزایشی از لحاظ آماری معنی دار بوده است. بودجه افزایشی یا تاریخچه ای که مکانیسم بودجه ریزی کنونی بیمارستان های عمومی است، غیر از گروه تحصیلی دیپلم که امتیاز نخست را دارد، برای تمامی گروه های دیگر تحصیلی در انتهای طیف قرار دارد.

به طور کلی، رویکرد مدیران بیمارستانی به بودجه عملیاتی می تواند گامی در شفاف سازی فرایند بودجه ریزی و برنامه ریزی بیمارستان تلقی شود.

در نهایت، بررسی نگرش مدیران در محورهای عمده مربوط به اقتصاد بیمارستان، حاکی از چشم انداز های نوین در عرصه های کلیدی عملکرد بیمارستان می باشد، این نگرش ها زمانی به صورت اصولی، علمی و منطبق با واقعیت جهانی بروز پیدا می کنند که حیطه آگاهی تصمیم گیران گسترده تر باشد، بنا براین توجه به توسعه دانش مرتبط با مدیریت بیمارستانی از یک طرف، و بستر سازی اجرایی نمودن الگوهای جدید برگرفته از نگرش های مدیران از طرف دیگر ضروری می نماید.

سئوالات این پرسشنامه در جهت تدوین رساله فارغ التحصیلی

اینجانب معصومه نجفی در مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تنظیم شده است. رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان و مدیران محترم پرستاری، امور اداری و خدمات، و امور مالی به عنوان پاسخگویان اصلی این پرسشنامه انتخاب شده اند. پاسخگویی شما به سئوالات آن موجب امتنان و قدردانی است.

تاکید می نماید، کلیه پاسخها و اطلاعات جمع آوری شده محرمانه تلقی شده و به جز بهره گیری آموزشی مورد استفاده دیگری نخواهد داشت. از همکاری صمیمانه جنابعالی پیشاپیش سپاسگزار می گردد.

۱- مشخصات پاسخگو:

- الف) سن: (ب)جنس: ☐ زن ☐ مرد
- ج)وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل ☐ غیره
- ح)آخرین مدرک تحصیلی: ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ کارشناسی ☐ کارشناسی ارشد ☐ دکترای تخصصی ☐ PhD
- دکترای حرفه ای (پزشک عمومی) ☐ متخصص و فوق تخصص پزشکی ☐
- خ)رشته تحصیلی: (د) سال اخذ مدرک:
- ر)سمت: رئیس بیمارستان ☐ مدیر بیمارستان ☐ مدیر اموراداری ☐ مدیر پرستاری ☐ مدیر امور مالی ☐
- ز)پست سازمانی: (و)سنوات خدمت: (ه)سابقه خدمت در پست کنونی:

۲- طی دو سال گذشته در کدام یک از زمینه های مرتبط با فعالیت های بیمارستانی، دوره آموزشی گذرانده اید؟ لطفا نام ببرید.

- الف) مدیریت تعداد و نام دوره:
- ب)مدیریت بیمارستان تعداد و نام دوره:
- ج)اقتصاد بیمارستان تعداد و نام دوره:
- د)سایر تعداد و نام دوره:

۳- مشخصات بیمارستان:

- الف) نام بیمارستان: (ب)آخرین درجه ارزشیابی:
- پ) تعداد تخت مصوب: (ت)تعداد تخت فعال:
- ج) متوسط اقامت بیمار: (شش ماه اول سال) (ح) ضریب اشغال تخت: (شش ماه اول سال)

۴ - تصور کنید، شما در یک بیمارستان عمومی ۱۰۰ تختخوابی، دارای چهارتخصص اصلی واقع در یک منطقه پرجمعیت تهران، دارای سمت حاضر هستید، با توجه به وجود شیوه های مختلف پرداخت به پزشکان و سایر پرسنلی درمانی، از نظر شما هر کدام از این شیوه ها تا چه حد در افزایش کارایی بیمارستان موثر هستند؟ لطفا برای هر مورد درجه اهمیت را از ۱-۱۰ تعیین نمایید.

درجه اهمیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
نظام پرداخت										
کارانه ^۱										
موردی ^۲										
گروههای مرتبط تشخیصی وابسته ^۳										
حقوق ثابت										
پرداخت به ازای قرارداد										

- 1- Fee For Service
2- Per case
3- DRG

۵- جهت تامین مالی بیمارستان از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌شود، و هریک می‌تواند اثرات مثبت و منفی در پی داشته باشد. برای بیمارستانی که در آن اشتغال دارید، از طریق امتیازدهی بهترین شیوه را انتخاب نمایید. (لطفاً برای تمامی موارد امتیاز دهی کنید)

امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
شیوه تامین مالی										
کارانه										
گروههای مرتبط تشخیصی وابسته										
سرانه جمعیتی (Capitation)										
بودجه بر مبنای جمعیت										
بودجه ثابت										

۶- فرض کنید شما مسئول برنامه ریزی بیماری مالاریا در منطقه شایع این بیماری می‌باشید، با توجه به تنوع روشهای پیشگیری و درمان، برای انتخاب مناسب ترین شیوه، کاربرد هریک از تکنیک‌های اقتصادی زیر را از چه میزان اهمیتی قلمداد می‌کنید. لطفاً برای تمامی موارد امتیاز دهی کنید.

درجه اهمیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
تکنیک تحلیلی										
هزینه-اثر بخشی										
هزینه-مطلوبیت										
هزینه-منفعت										
کارایی-هزینه										

۷- در حال حاضر سیستم بودجه ریزی متداول در بیمارستان‌های عمومی، بودجه افزایشی متناسب با نرخ تورم نسبت به سال گذشته است. کدامیک از شیوه‌های بودجه ریزی را برای ارتقاء عملکرد بیمارستان موثر می‌دانید؟ لطفاً برای تمامی گزینه‌ها امتیازدهی کنید.

امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
نظام بودجه ریزی										
بودجه افزایشی / تاریخی										
بودجه بر مبنای صفر										
بودجه برنامه ای										
بودجه عملیاتی										
بودجه بر مبنای جمعیت										

۸- با توجه به نقش سازمان‌های بیمه‌ای در ارتقاء خدمات سلامت، نظر خود را در مورد هریک از کارکردهای سازمان‌های بیمه‌ای اعلام نمایید. لطفاً برای تمامی گزینه‌های امتیازدهی کنید.

درجه اهمیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
کارکرد										
نظارت بر کیفیت خدمات										
بررس انتظارات بیمه شدگان از خدمات سلامت										
حذف رابطه پولی بین پزشک و بیمار										
اعتبار بخشی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت										
تعیین تعرفه و سرانه										
تعیین گایدلاین‌های پزشکی										

۹- نظر خود را در مورد اهمیت و وزن هریک از عوامل زیر در تعیین حق سرانه بیمه اعلام نمائید. لطفا برای تمامی موارد امتیازدهی کنید.

درجه اهمیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	فاکتورهای تعیین حق سرانه
											تورم
											شاخص قیمت کالای سلامت
											میزان پرداخت مستقیم بیمار (OOP)
											توان پرداخت مردم
											قیمت تمام شده خدمات
											تقاضای خدمات سلامت
											الگوی مصرف خدمات
											کیفیت خدمات

References:

1. Lajevardi, Z. Comparative study of Expenditure topics of social insurance affiliated hospitals. Thesis for MS. Degree. Open University. 2003.
2. Purreza, A. Analysis of Hospital Expenditure. Research Institute of Social Insurance Organization. 2002.
3. Bloor, K. Maynard, M. Provider Payment Mechanisms. University of York. 2002.
4. Keshtkar, M. Economic Analysis of health System. Thesis for MS. Degree. Open University. 1994.
5. Asefzadeh. S. Health Economics. Hadise emruz Publication. 2003.
6. Todaro, M. Economic Development of Third World. Publication of Management and Planning Organization. 2000.
7. Iran nejad, M. Sasangohar. Organization and Management. Banking Institute. 2000.
8. Robbinz, et al. Fundamentals of Management. Cultural Research Bureau of Iran. 2005.
9. Journal of Health and Medical Development. 2003.
10. Fattahzaheh, A. Health Reform. Ebne Sina Publications. 2006.
11. Purreza, A. Health Economics. Research Institute of Social Insurance Organization. 2002.

Measuring the economic attitude of hospital decision makers in Teaching, Private and hospitals affiliated with Social Insurance Organization in Tehran

Najafi Gharebolagh M^{*1}, Tofighi S²

Submitted: 13.11.2011

Accepted: 29.6.2011

Abstract

Background: Economic efficiency in any organization is based on economic attitude of the decision maker's board. Hospitals are important organizations in terms of health economic and activities related to decision making in an economic attitudes. Regarding the efficiency of Iranian hospitals and their wasteful performance, the present study intended to describe and analyze the economic attitude among decision makers in hospital boards.

Materials and Methods: A cross-sectional approach was taken to the study of efficiency among hospitals. Study has focused on the board of decision maker's mentality about economic concepts particularly those relevant to the health and hospital economics. Teaching hospitals affiliated in Tehran, Iran and Shahid Beheshti Medical Science Universities, and hospitals affiliated with Social Insurance Organization and private hospitals in Tehran were determined as the sample of this study. Executive principals and managers in hospitals are together within the head nurses, accounting and administration officer were considered as members of decision makers board in hospitals. Total of 55 people interviewed as study population. Collected data was processed through SPSS software.

Results: Attitude spectrum among decision makers in hospitals board in the following dimensions were:

Payment methods: Diagnosis Related Groups (DRG), Fee for Service (FFS), contract, salary, and per case. Financing methods included: DRG, Population Based Budget, FFE, Per capita, fixed (ordinary) and budget. Cost analysis methods composed: cost- effectiveness, cost- utility, cost- efficiency, and cost- profit. Budgeting methods were: Performance Based Budgeting, Plan Based Budgeting,

Population Based Budgeting, zero Based Budgeting, and Historical/ Intermental Budgeting.

Insurance system Performances included: Elimination of funding relationship between patient, Examination the expects of insured people from services, Supervision on Quality of services, Accreditation of service provider centers, determination of TAREFE and per capita, determination of medical guidelines. Per Capita determining Factors were: Cost accounting price, Inflammation, health price index, Demand on health service, Pattern of consumption, Out of pocket payment, Ability to pay.

Conclusion: Assessing managers' attitude suggest a new prospective in crucial areas of hospital performance. These attitudes would be scientific weather the domain of knowledge will be expanded, so the development of relevant knowledge in hospital management area to make executive in a new patterns to the managers' attitudes.

Key words: Attitude, Hospital economy, Management network.

1 - MSc Of Healthcare management. Ministry of health and education, Tehran, Iran (*Corresponding Author),
Email: rayra232003@yahoo.com

2 - Assistant Professor, Baghitollah Medical University, Tehran, Iran